

Bernard Golse
Paula Laita de Roda
Yolanda Carballeira Rifón
Beatriz Sanz Herrero
Daniel Cruz Martínez
Manuel Armas Castro
Laura G. Armas Barbazán
Ramón Area Carracedo
Ana Elúa Samaniego
Laura Carballeira Carrera
Diana Cobo Alonso
Celia Valdivieso Burón
Carmen María Deza García
Teodoro Uría Rivera
Carlos Justo Martínez
Eduardo Barriocanal Gil
Sara García Al Achbili
Sara González de Pablos
Ricardo Fandiño Pascual
Vanessa Rodríguez Pousada
Federico Cardelle-Pérez
M^a Dolores Domínguez-Santos
Francisco Villar Cabeza
M^a Cecilia Navarro Marfisis
Ariadna Amores Colom
Mar Vila Grifoll
Antonio Galán Rodríguez
Carmen Andrés Viloria
Paula Díez-Andrés
Rocío Villameriel Carrión
Araceli García López de Arenosa
Natalia Albiac Mañé
Teresa Rius Santamaría

Nº 73
2º semestre

2023

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

SEPYPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

*Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente*

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

N.º 73 - Segundo semestre 2023

Edita: SEPYPNA – Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

ISSN: 1575-5967

[@] publicaciones@sepypna.com

[W] <https://www.sepypna.com>

Junta directiva de SEPYPNA

Presidente: Roque Prego Dorca

Vicepresidenta: Paula Laita de Roda

Secretario: Daniel Cruz Martínez

Tesorerera: Sara Terán Sedano

Vicesecretario: Antonio Galán Rodríguez

Responsable web: Saioa Zarrasquin Arizaga

Vocales: Eva Rivas Cambroneró, Inmaculada Romera, Carolina Liaño Sedano, Luna Gómez Ceballos

Directora de publicaciones

Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Comité editorial

Daniel Cruz Martínez (Barcelona), Antonio Galán Rodríguez (Badajoz), Luna Gómez Ceballos (Sevilla), Paula Laita de Roda (Madrid), Carolina Liaño Sedano (San Sebastián), Roque Prego Dorca (Santander), Eva Rivas Cambroneró (Madrid), Inmaculada Romera (Málaga) Sara Terán Sedano (Madrid), Saioa Zarrasquin Arizaga (San Sebastián).

Comité asesor

Aurelio J. Álvarez Fernández (Asturias) Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida) Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París) Alain Braconnier Centro Alfred Binet (París), Mª Luisa Castillo APM (Madrid) †, Miguel Cherro Aguerre U. del Desarrollo (Montevideo), Ana Estévez Universidad de Deusto (Bilbao), Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova), Marian Fernández Galindo (Madrid), Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires), Pablo García Túnez (Granada), Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París), Carmen González Noguera (Las Palmas), Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao), Leticia Escario Rodríguez (Barcelona), Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia), Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires), Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ (Alcázar de San Juan), Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †, Otto Kernberg University Cornell (Nueva York), Cristina Molins Garrido (Madrid), Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza), Alberto Las Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao), Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Roger Misés (París) †, Marie Rose Moro Universidad Paris Descartes (París), Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza), Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona), María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires), Alicia Sánchez Suárez (Madrid), Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires), Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia), Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián), Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Jorge Tizón García (Barcelona), Ángeles Torner Hernández (Madrid), Eulàlia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona), Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao), Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid), Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura), Juan Manzano Garrido (Ginebra) †.

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <https://latindex.org/latindex/>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <https://www.psicodoc.org/>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <https://dulcinea.opensciencespain.org/>

Suscripción anual 25€

Periodicidad: semestral

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias y comunicaciones presentadas en los congresos anuales de SEPYPNA
- Conferencias y aportaciones libres.

Envío de artículos: publicaciones@sepypna.com

ÍNDICE /INDEX

HABLANDO DE BEBÉS A LOS ADOLESCENTES. UNA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA *TALKING ABOUT BABIES TO TEENS. A PREVENTION OF VIOLENCE*

Bernard Golse 5

PSICOPATOLOGÍA Y ADOLESCENCIA: AFRONTAR LA CRISIS INDIVIDUAL EN TIEMPOS DE CRISIS GLOBAL *PSYCHOPATHOLOGY AND ADOLESCENCE: DEALING WITH THE INDIVIDUAL CRISIS IN TIMES OF GLOBAL CRISIS*

Paula Laita de Roda 13

CONFLICTOS DE LA PARENTALIDAD, NUEVOS CONTEXTOS, ACOMPAÑAMIENTO Y *ELABORACIÓN EN UN ESPACIO TERAPEUTICO COMPARTIDO*

Yolanda Carballera Rifón 23

LA ENFERMEDAD EN EL NIÑO. ASPECTOS TERAPEUTICOS DEL TRABAJO EN GRUPO DE PADRES *ILLNESS IN THE CHILD. THERAPEUTIC ASPECTS OF PARENT GROUP WORK*

Beatriz Sanz Herrero 29

EL MALESTAR SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA *SOCIAL UNREST AND THE CONSTRUCTION OF IDENTITY IN ADOLESCENCE*

Daniel Cruz Martínez 41

LA ESCUELA DEL BIENESTAR COMUN *THE SCHOOL OF COMMON WELFARE*

Manuel Armas Castro, Laura G. Armas Barbazán y Ramón Area Carracedo 53

SER MADRE EN TIEMPOS FEMINISTAS *MOTHERHOOD IN FEMINIST TIMES*

Ana Elía Samaniego, Laura Carballera Carrera, Diana Cobo Alonso, Celia Valdivieso Burón, Carmen María Deza García 67

EL GRUPO BALINT EN EL PROYECTO SIRIO. INSTRUMENTO DE CUIDADO, SUPERVISION Y FORMACION PARA EDUCADORES TERAPEUTICOS QUE TRABAJAN DESDE EL VINCULO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) EN MEDIO RESIDENCIAL *BALINT GROUP IN "PROYECTO SIRIO". CARING, SURVEILLANCE AND TRAINING VEHICLE FOR THERAPEUTIC EDUCATORS (TE) WHO WORK FROM THE ATTACHMENT WITH CHILDREN AND TEENAGERS, SUFFERING FROM SERIOUS MENTAL DISORDER, IN RESIDENTIAL CARE CENTRES*

Teodoro Uría Rivera, Carlos Justo Martínez, Eduardo Barriocanal Gil, Sara García Al Achbili, Sara González de Pablos 73

ADOLESCENTES Y ADOLESCENCIAS. ¿TRANSICIÓN O DESTINO?
ADOLESCENTS AND ADOLESCENCE: TRANSITION OR DESTINY?

Ricardo Fandiño Pascual y Vanessa Rodríguez Pousada..... 87

UNA PERSPECTIVA SOBRE LOS PROGRAMAS DE HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
A PERSPECTIVE ON MENTAL HEALTH DAY HOSPITAL PROGRAMS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Federico Cardelle-Pérez y María Dolores Domínguez-Santos..... 97

CONDUCTA SUICIDA, PANDEMIA Y MALESTAR EMOCIONAL EN LA ADOLESCENCIA. NUEVOS RETOS Y RETOS DE SIEMPRE
SUICIDAL BEHAVIOR, PANDEMIC AND EMOTIONAL DISTRESS IN ADOLESCENCE. NEW CHALLENGES AND OLD CHALLENGES

Villar Cabeza, F., Navarro Marfisis, M. C., Amores Colom, A. y Vila Grifoll, M. 109

PSICOTERAPIA KLEINEANA PARA FORANEOS, O POR QUE UNA INTERESANTE TEORIA NOS LOS PONE TAN DIFÍCIL
KLEINIAN PSYCHOTHERAPY FOR OUTSIDERS, OR WHY AN INTERESTING THEORY MAKES IT SO DIFFICULT FOR US.

Antonio Galán Rodríguez..... 129

SI TU ESTUVIERAS EN MI LUGAR, QUE MAL LO IBAS A PASAR. EL CASO DE MIGUEL: UN NIÑO VINCULADO AL SÍNDROME DE ASPERGER
IF YOU WERE IN MY PLACE, YOU WOULD HAVE A REALLY HARD TIME. THE CASE OF MIGUEL: A CHILD LINKED TO ASPERGER'S SYNDROME

Carmen Andrés Vilorio y Paula Díez Andrés..... 139

UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA CAPACIDAD REFLEXIVA Y LAS CAPACIDADES PARENTALES
A PROPOSAL FOR A PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION BASED ON REFLECTIVE CAPACITY AND PARENTAL CAPABILITIES

Rocío Villameriel Carrión y Araceli García López de Arenosa..... 153

SOSPECHA DE DIAGNÓSTICO DE AUTISMO EN NIÑOS: EL GRUPO COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN
AUTISM DIAGNOSTIC SUSPECT IN CHILDREN: THE GROUP AS AN EVALUATION TOOL

Natàlia Albiac Mañé, Teresa Rius Santamaria..... 159

**EL GRUPO BALINT EN EL PROYECTO SIRIO.
 INSTRUMENTO DE CUIDADO, SUPERVISION Y
 FORMACION PARA EDUCADORES TERAPEUTICOS QUE
 TRABAJAN DESDE EL VINCULO CON NIÑOS Y
 ADOLESCENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
 (TMG) EN MEDIO RESIDENCIAL³³**

**BALINT GROUP IN “PROYECTO SIRIO”. CARING,
 SURVEILLANCE AND TRAINING VEHICLE FOR
THERAPEUTIC EDUCATORS (TE) WHO WORK FROM THE
 ATTACHMENT WITH CHILDREN AND TEENAGERS,
 SUFFERING FROM SERIOUS MENTAL DISORDER, IN
 RESIDENTIAL CARE CENTRES**

*Teodoro Uría Rivera³⁴, Carlos Justo Martínez³⁵, Eduardo
 Barriocanal Gil³⁶, Sara García Al Achbili, Sara González de Pablos*

RESUMEN

Se analiza el papel de los educadores que trabajan en el Proyecto Sirio. Proponemos desde el principio el concepto de *Educador Terapéutico (ET)*, en contraposición con el de educador de los centros de protección no específicos.

En este grupo de trabajo sobre la tarea se planteó como objetivo general abordar los aspectos personales del ET que influyen en el desempeño de su trabajo. Para ello se asumieron una serie de objetivos específicos a trabajar (reconocer la no neutralidad, la identidad profesional, el trabajo en equipo, la contratransferencia, ...).

A lo largo de todos estos años, en el grupo Balint se han trabajado múltiples temáticas que se pueden agrupar en 5 grandes bloques: la identidad profesional del ET, las relaciones con lo institucional, el equipo, el trabajo con los chicos/as, el trabajo con las familias.

Palabras clave: Hogar/Comunidad Terapéutica; niños/adolescentes; Trastorno Mental Grave; educador terapéutico; grupo Balint.

ABSTRACT

The role of educators working in *Proyecto Sirio* is analysed. We proposed from the beginning the concept of *Therapeutic Educator (TE)* contrasting with educators from non-specific child protection centres.

In this group, it has been posed as the main objective to approach personal features from the TE that affect their professional performance. In this regard, it has been assumed specific objectives (recognising no neutrality,

³³ Trabajo presentado en las Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes SEPYPNA

³⁴ Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia, Director del Proyecto Sirio. E-mail sirio-teodorouria@nuevofuturo.org

³⁵ Psicoterapeuta de niños, adolescentes y familias. Subdirector del Proyecto Sirio. E-mail sirio-carlosjusto@nuevofuturo.org

³⁶ Psicólogo General Sanitario. Director Grupo Balint en Proyecto Sirio. E-mail: barriocanal.g@gmail.com

professional identity, teamwork, countertransference, etc.).

Through all these years, in Balint Group multiple subjects have been addressed. They can be classified in 5 main areas: ET's professional identity, institutional relationships, the team, working with the teenagers and working with their families.

Keywords: Therapeutic Home/TC; children and teenagers; serious mental disorder; Therapeutic Educator; Balint Group.

El **Proyecto Sirio**, Residencia Terapéutica (Centro Específico) para niños y adolescentes que tienen alguna medida de protección (Guarda o Tutela) y que presentan graves problemas de salud mental, que sigue el modelo de Comunidad Terapéutica empezó su andadura en 1.998, como pionero en España, en la atención a niños y adolescentes con TMG, a través de un recurso residencial específico, concertado con la Consejería de Servicios Sociales.

El **Grupo Balint** que se presenta surgió de la necesidad de crear un espacio de reflexión, apoyo, formación continuada, supervisión, etc... para los profesionales que trabajan de una manera muy intensa e intensiva con niños y adolescentes con patología mental grave.

El tipo de recurso en el que se da esta relación profesional, el modelo de trabajo (Comunidad Terapéutica), la patología de los chicos/as (que incluye también la situación familiar), los objetivos de trabajo que se plantean (aportar una experiencia emocional correctora, una oportunidad de revinculación que permita trabajar hacia la consecución de una suficiente reparación psíquica e integración sociofamiliar), exigen del profesional una implicación personal grande, así como un particular interjuego de transferencias y contratransferencias que requieren de un trabajo específico a nivel de equipo.

Para poder lograr que los niños y adolescentes, con un trastorno del vínculo precoz, pueda revincular y desde ahí reparar sus heridas psíquicas, es necesario que el tipo de relación que le propone el ET sea genuina. Esto no se puede conseguir sólo a partir de un conocimiento teórico de teorías y técnicas psicológicas, que también son necesarias. Se precisa poner en juego a la persona misma. Es por ello por lo que se hace necesario trabajar sobre los aspectos personales del profesional que influyen positiva o negativamente en este tipo de trabajo, sin olvidar que en el sentido opuesto también hay influencia, es decir, la implicación personal que exige este trabajo va a tener un efecto en aspectos personales del terapeuta. Ser consciente de todo esto y poder trabajarlo grupalmente va a mejorar la calidad del trabajo que se hace con los chicos y va a minimizar en lo posible el coste personal que a veces tiene en el profesional. De esta forma se favorece una contención, tanto al chico como al profesional y al equipo, generando una doble envoltura protectora del **vínculo reparador**.

Muchas de las situaciones y reflexiones que se presentan, son también válidas para otros contextos terapéuticos, especialmente para los Hospitales de Día-CET que siguen, con otros encuadres, el mismo modelo de Comunidad Terapéutica, en donde *el trabajo en equipo* cobra una importancia mayúscula. Y en general, en alguna medida, para todos los profesionales que trabajan con niños y adolescentes con TMG, desde los diversos recursos asistenciales que hay.

Las reflexiones y conclusiones que se elaboran en un trabajo grupal de estas características necesariamente van a tener el sesgo de la mirada del que las recoge, es decir, del coordinador del grupo. En este sentido, es importante señalar que cuando se puso en marcha este grupo, en enero del 2009, el coordinador llevaba 7 años trabajando como psiquiatra-coordinador de la Unidad de Niños en un Hospital de Día-CET, dirigido en esos momentos por el Dr. Esteban Acosta y supervisado por la Dra. Marta Peral, siguiendo el modelo de comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar del Dr. García Badaracco.

HISTORIA DE LOS GRUPOS BALINT

La motivación que llevó a Michael Balint a crear y desarrollar los grupos Balint fue su utopía médica: “enseñar a los médicos a escuchar a sus enfermos”.

Estos grupos tienen una finalidad implícita: el cambio de personalidad del médico en su trabajo, en “la zona de su Yo profesional”, por lo que de alguna manera este grupo cumple una función psicoterapéutica.

Balint habla de “instaurar en estos grupos un espíritu comparable al de un equipo de investigación”.

El líder debe crear un equipo de formación-investigación lo más igualitario posible entre médicos y psicoanalista, manteniendo un intercambio democrático, en el que debe estar preparado para aprender algo de su grupo.

En el libro *Técnicas psicoterapéuticas en medicina* (1961) Balint señala: “El saber puede adquirirse en los libros o en las conferencias; el saber hacer se obtiene con la práctica y, en cuanto a la psicoterapia, siempre al precio de una modificación limitada, pero considerable, de la personalidad”. “Para ser eficaz, el médico no sólo debe poseer conocimientos, sino también un saber hacer, si para ayudar al otro su personalidad es el único instrumento, ésta además debe ser lo bastante libre y flexible y estar bien integrada”. Para lograr esto, Balint propone sus grupos.

En el informe del Defensor del Pueblo que se publica en el 2009, después de investigar la situación de estos centros de menores en España, se señalan las siguientes recomendaciones respecto al personal: “que se promueva la formación especializada y continuada de los profesionales de los centros que atienden a menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social y se fomente el intercambio de experiencias de buenas prácticas; que estos profesionales dispongan de actuaciones y programas de soporte y refuerzo que les ayuden a afrontar las situaciones de tensión emocional derivadas del desarrollo de su labor; que se facilite formación específica para realizar posibles contenciones para que realicen sus funciones con pleno respeto a los derechos de los menores”.

En este mismo informe también señalan como conclusiones en relación con el personal: “La implicación y entrega del personal que trabaja en estos centros, cuya tarea merece el debido reconocimiento social, es primordial para el éxito de una intervención pedagógica con los menores”. “En nuestras visitas hemos podido constatar la importancia que los menores dan a su relación con todo el personal. Por ello, se aprecian resultados mucho más favorables en aquellos centros que tienen un equipo estable y bien coordinado que se implica afectivamente con los niños y adolescentes y constituye un referente para ellos”. “En muchos casos, el personal se encuentra desmotivado por un trabajo muy estresante, con escaso soporte y formación continua, con horarios variables, una exigencia de disponibilidad total, un salario no especialmente motivador, y un proyecto cuya gratificación se percibe a medio/largo plazo. Eso da lugar a numerosas bajas temporales y ceses voluntarios, con la consiguiente rotación continua de la plantilla”.

ENCUADRE

En enero del 2009 iniciamos la andadura del Grupo Balint con los Educadores Terapéuticos (ET) de los cuatro turnos (mañana, tarde, noche y fines de semana) y de los dos Hogares del Proyecto Sirio. Se planteó como un grupo abierto, voluntario, de una hora y cuarto de duración, semanal, realizado en horario de tarde en uno de los Hogares y coordinado por el psiquiatra-psicoterapeuta desde una perspectiva de orientación psicoanalítica.

El objetivo general es: trabajar sobre los aspectos personales del educador que influyen, y en ocasiones pueden interferir, en el desempeño de su trabajo.

Para lograr este objetivo general se plantearon los siguientes *objetivos específicos*:

- Lograr que el educador reconozca la no neutralidad en su desempeño profesional, que siempre está involucrado

afectivamente en el proceso educativo-terapéutico y que al ser parte de la complejidad de la trama es parte de los obstáculos que se presentan en su tarea.

- Facilitar al educador una mirada más amplia acerca de la situación educativo-terapéutica, que entendemos como la interrelación entre el educador, el paciente, la tarea, la institución, la familia, el contexto socio-cultural, etc., y su relación con los escollos que surgen en el proceso educativo-terapéutico.
- Permitir la reflexión sobre la vocación puesta en juego en el ejercicio profesional.
- Trabajar sobre la identidad profesional.
- Favorecer el acercamiento de la brecha que existe entre el saber teórico acerca de lo psicológico (“el saber”) y su aplicación práctica en el trabajo diario (“el saber hacer”).
- Crear un espacio para la contención, el análisis y la reflexión sobre los conflictos (con sus angustias asociadas) que surgen en el desempeño profesional de la tarea diaria. Es decir, trabajar de alguna manera la contratransferencia. Esto hace que el grupo pueda tener una función de prevención del Burnout y de la mala praxis.
- Trabajar la reparación y reconstrucción de posibles experiencias movilizadoras, favoreciendo el aumento de la resiliencia del educador terapéutico.
- Aprender sobre el trabajo en equipo. Cómo potenciarlo en beneficio del trabajo con los menores y también de los propios educadores, cómo abordar las crisis, etc...

La metodología de trabajo es la siguiente:

- Primero se presentan los ET nuevos a través de una breve reseña biográfica: edad, convivencia (sólo, pareja, con padres, si es de Madrid o viene de fuera...), formación académica, experiencias profesionales previas, tiempo de trabajo en el Proyecto Sirio, motivación para trabajar aquí.
- El coordinador hace una breve introducción respecto al tipo de trabajo del grupo, los objetivos, la dinámica grupal, etc.
- Uno de los educadores relata una situación de su práctica profesional (con el paciente, con su familia, con el medio escolar-laboral, con la institución...) que le haya supuesto una dificultad o un conflicto, y se aplica la técnica de análisis de método de casos.
- El coordinador favorece la discusión grupal para la comprensión del caso y señala los emergentes.
- Se realiza el diagnóstico situacional, y se intenta diseñar estrategias para resolver lo que el grupo ha evaluado como la situación problema específico.
- Finalmente, los educadores reciben aportes teóricos y técnicos del coordinador.

LOS PARTICIPANTES

En estos más de 10 años han participado alrededor de 100 ET diferentes, con una gran variabilidad respecto al tiempo que llevan trabajando en el proyecto (ET recién llegados junto a otros que llevan más de 10 años en el Proyecto Sirio), a la formación académica y experiencia laboral previa, a la motivación para trabajar en el Proyecto Sirio, etc.

La media de asistencia, con fluctuaciones a lo largo del año, ha estado en un rango de entre 1 y 8 asistentes, siendo 3 el número más habitual. Los datos sobre la asistencia señalan, de alguna manera, el grado de implicación personal, de motivación por la formación continuada, por pensar en la tarea, de conciencia respecto a las influencias mutuas que se dan entre lo personal y lo profesional en este tipo de trabajo, el grado de facilidad o dificultad para poner en común con otros compañeros situaciones que pueden reflejar nuestras carencias o limitaciones, nuestros errores, etc...

Desgraciadamente, se da la gran paradoja de que los ET que más necesitaría trabajar en un grupo de estas características son los que más resistencias tienen para ello. ¿Cómo obligar a trabajar algo que sólo se puede trabajar desde una implicación personal que supone por tanto una voluntariedad? ¿Cuáles pueden ser estas resistencias y

por qué? ¿El temor a enfrentarse al vacío, a lo que no se sabe, a las angustias personales que nos invocan los niños por nuestra propia historia?, ¿sentirse expuesto ante el profesional, ante los compañeros del equipo y ante la dirección? ¿sentirse mirado, observado?...

Han formado parte de este Grupo Balint educadores sociales, trabajadores sociales, maestros (de educación especial, de música, de educación física,...), terapeutas ocupacionales, sociólogos, antropólogos, pedagogos, enfermeros (de UVI, de salud mental,...) psicólogos de orientación psicoanalítica, de orientación cognitivo-conductual y de orientación sistémica, licenciados en Historia, en Periodismo, en Ciencias Políticas, en Veterinaria experto en equinoterapia, con master en criminología, en violencia de género, en musicoterapia, con experiencias laborales previas en centros de reforma, como maestros en cárceles, como acompañante terapéutico de pacientes agudos, aficionado a la magia, al teatro, etc. Esta variedad de formación y experiencias laborales previas, junto a la variedad en sus aspectos personales, dan una idea de la riqueza de las reflexiones, centradas lógicamente en la tarea que nos ocupa, que se pueden hacer en una dinámica de grupo de estas características.

La primera reflexión que se les pide al llegar al grupo hace referencia a su motivación para trabajar en el Proyecto Sirio.

Aunque las respuestas son muy variables, parece que basculan entre dos polos que sería, por un lado el deseo de darse a los niños (acompañar, enseñar, servir de modelos,...), con una vocación más de educador, y por otro el de tener la oportunidad de trabajar con niños y adolescentes con problemas de salud mental en un medio de estas características para coger experiencia o poner en práctica las teorías psicopatológicas que han estudiado en los libros, en este polo estarían los ET que tienen más vocación de terapeutas que de educadores. Es importante que, en la motivación para trabajar en el Proyecto Sirio como ET, haya un equilibrio entre ambos polos.

En las motivaciones hay aspectos más altruistas del ET (“ayudar a que los niños estén lo mejor posible para poder disfrutar de su infancia”, “aportar educación en valores, en saber estar, ser un modelo de referencia”), y otros más narcisistas (“crecer como persona en el trabajo con los chicos”, “me siento muy útil”, “los niños y nosotros vamos cambiando y madurando juntos”, “sentirse útil, realización personal más que profesional”).

LOS TEMAS TRABAJADOS

Las temáticas que se han trabajado a lo largo de estos años se pueden agrupar en 5 grandes bloques, que se van repitiendo con cierta periodicidad y cada vez con diferentes matices, en función de los ET que asisten a las sesiones el día en que trabajan esos temas y de las circunstancias coyunturales del momento en el que van surgiendo.

LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL EDUCADOR

Desarrollar y potenciar una buena identidad profesional va a tener un efecto preventivo sobre la aparición del burnout, y va a permitir mantener la motivación por el trabajo bien hecho a pesar de las críticas, que muchas veces se hacen desde otras instituciones, desde la sociedad en general, y desde los medios de comunicación en particular. Para ello, se les propone el concepto de educador terapéutico (ET). Al trabajar con niños y adolescentes con TMG, en un modelo de Comunidad Terapéutica en el que, al igual que sucede en el HD-CET, todo lo que ocurre es terapéutico, se le da una mirada, un sentido y una finalidad terapéuticos, también las actividades educativas.

Una de las reflexiones del grupo, que nos ha ayudado a pensar sobre esta identidad profesional fue sobre qué es lo que esperan estos niños de esta figura: que aporte una atención continua y coherente, que dé y genere confianza, que sea una figura de referencia, una figura con la que poder hacer un nuevo vínculo, que permita al niño ser y sentirse escuchado, que sea incondicional como una familia, que no se vaya y que este siempre ahí, que le dé a los

chicos la contención (externa) cuando ellos no la tienen internamente, una contención emocional y física. Además de estas necesidades-demandas, también tienen, como tiene cualquier niño, una demanda de amor, pero en estos casos teñida por la desconfianza y el miedo al abandono, fruto de las carencias y heridas emocionales previas.

Pensamos cual debería ser el *perfil* (personal y profesional) y *las funciones del ET*:

- Capacidad para escuchar y entender al niño más allá del comportamiento explícito y poderle ofrecer al niño un sentido, así como una función correctora de revêrie que está en muchos casos dañada. Capacidad para acompañar, contener (emocional y físicamente cuando es necesario) y poner límites. Que sirva de modelo, como una figura de identificación para el chico, como una madre/padre suficientemente bueno y que pueda hacer también un modelaje. Capaz de crear una nueva y genuina vinculación basada en la confianza. El chico siempre va a desear que este vínculo trascienda de lo profesional a lo personal.
- Actitudes y aptitudes para poder trabajar en equipo: humildad frente a soberbia, confianza, capacidad de aprendizaje, abierto a las críticas.
- Una de las funciones del ET, que formaría parte de la labor de acompañamiento terapéutico, del trabajo en la comunidad, es la de salir a buscar al chico cuando hace una salida sin permiso (SSP). Esta tarea hace que el ET se sienta muy bien al tener un papel activo, útil, en la búsqueda, que a veces se convierte en una aventura no exenta de riesgos.
- Los aspectos personales: físicos, emocionales y la capacidad de vinculación del ET van a tener algún efecto en el desempeño de su tarea con los menores. La firmeza del límite, que es lo que va a hacer que sea eficaz, viene de la seguridad del que lo pone, de ser consecuente y de ser justo.
- El ET debe estar buscando siempre un equilibrio entre los aspectos personales y los profesionales que pone en juego en la interacción con los niños y adolescentes.
- Evitar vivir de una manera demasiado personal los posibles ataques que el chico puede hacerle en momentos de agitación o frustración, desarrollando al máximo la capacidad de contención propia.

En el trabajo del ET es esencial tomar conciencia, analizar y trabajar la *contratransferencia* que le va a generar la interacción con el chico/a y su familia. Esto le va a permitir tener una fuente de información más, tanto sobre el menor como sobre sí mismo. A la vez podrá evitar actuar directamente (sin haberlos trabajado previamente) estos sentimientos, pues ello supondría una mala praxis y el riesgo de hacer (de generar) iatrogenia. Las reflexiones que el grupo hizo en relación con este punto han sido muy variadas. La *identificación proyectiva* que utilizan como mecanismo de defensa los pacientes graves hacen que te sientas invadido mentalmente por sus emociones y que te lo lleves en la cabeza a tu casa, siendo más difícil desconectar que en otros trabajos. También por esa invasión puede generarse un bloqueo del pensamiento.

En la interacción diaria entre el ET y el chico/a se da una relación transferencial intensa debido al vínculo afectivo que existe con el menor, a diferencia de lo que ocurre en la interacción del educador con menores en un centro de reforma donde la relación es más distante y normativa. En esta relación el ET debe dar tiempo a que el chico le invista de autoridad, es el tiempo necesario para que confíe y se vincule emocionalmente con él.

Es un trabajo que va a hacer que uno necesariamente trabaje su capacidad de paciencia, de poner límites firmes y tiernos, de afrontamiento directo de conflictos, de empatía, de relativizar los problemas cotidianos, etc.

Las relaciones con lo institucional

La Dirección debe organizar, estructurar, contener y acompañar las intervenciones del personal para que se cubran las necesidades de los niños y adolescentes, sin olvidar que una de las variables que más influyen en la capacidad de cuidado que tienen los ET es su propia salud/bienestar personal. El trabajo del ET requiere de un alto grado de compromiso profesional y también personal, que debe ser propiciado desde la dirección a través de actuaciones encaminadas a “cuidar al cuidador”. En ocasiones, la institución se ve obligada a hacer demandas extra a los ET, como quedarse más tiempo fuera de su turno, hacer horas extra (reforzando el turno siguiente), cambio de

vacaciones, etc. Estas demandas se llevarán mejor o peor en función de la implicación personal en el Proyecto y de cómo afecten a la conciliación con la vida familiar.

Se reflexiona sobre la importancia de coordinarse y colaborar con otros recursos externos necesarios para afrontar situaciones que sobrepasan las capacidades de abordaje y contención de nuestros Hogares: Unidades de hospitalización de agudos, los agentes tutores, el Grume, los Servicios Sociales, el sistema judicial, las instituciones educativas, etc.

Las normas del Hogar pueden chocar, en algunas ocasiones, con las que impone la sociedad actual que nos rodea y de la que formamos parte, con el riesgo de convertirnos en una isla-burbuja fuera de la realidad, que iría en contra del trabajo de reinserción en la comunidad que pretendemos. Los ET, a veces, pueden tener la sensación de estar trabajando a contracorriente.

El equipo

El Equipo, al seguir el modelo de Comunidad Terapéutica, lo constituye todo el personal que forma parte de la plantilla del centro. A su vez está formado por subequipos como son: equipo directivo, equipo de psicoterapeutas, equipo de ET (con los turnos de mañana, tarde, noche y fin de semana), también la cocinera y limpiadores son figuras de referencia muy importantes dentro de la Comunidad Terapéutica. Las funciones e intervenciones de todos ellos deben estar coordinadas para que sean coherentes y complementarias. Esto va a requerir un trabajo constante y mantenido de comunicación y de análisis entre todas las partes del equipo. Este trabajo no siempre va a ser fácil, especialmente en situaciones de crisis o conflictos, ya que exige tiempo, espacio y capacidad de autocrítica. El Grupo Balint, por su encuadre, debe ser un lugar privilegiado para abordar estos temas.

El chico/a, debido a su psicopatología, siempre va a poner a prueba la coherencia y cohesión del Equipo. Siempre hay que intentar evitar que haya fisuras o escisiones en las intervenciones de los diferentes miembros del equipo o entre los diferentes turnos. El equipo debe servir como filtro que amortigüe las transferencias masivas que con frecuencia hace el chico hacia un ET y, en el sentido opuesto, también las contratransferencias del ET hacia el chico.

Para lograr un buen trabajo en equipo, el coordinador-responsable del turno debe fomentar la creatividad, la iniciativa individual a partir de una filosofía de trabajo común. Algunas de las cualidades que debería tener el coordinador serían: la disponibilidad y apoyo para los miembros del turno, la capacidad de priorizar el trabajo en equipo al favorecer la confianza en cada miembro, no ser personalista, confiar y delegar en los demás, tener cierta capacidad de liderazgo, ser explícito a la hora de plantear las cosas, tener mano izquierda para no despertar la paranoia o la herida narcisista al señalar errores, evitando que el otro se sienta juzgado, poder hacer autocrítica y recibir de manera constructiva las críticas de los demás, transmitir confianza, seguridad y serenidad, sin defensas rígidas, etc.

Uno de los temas más importantes en relación con el trabajo en equipo es el de cómo abordar las crisis del equipo. Estas pueden generar riesgos de escisión en las intervenciones de cada miembro del equipo o entre los diferentes turnos. No hay que olvidar tampoco que toda crisis, además de los efectos negativos que puede conllevar, también puede ser entendida como una oportunidad de cambio y crecimiento. Es necesario abordar de manera clara y explícita las situaciones que generan desconfianza entre los compañeros del equipo, ya que éstas van a aumentar las actitudes paranoides, las escisiones y las proyecciones. Es fácil, en estas situaciones, que los ET se sientan más fiscalizados a partir de posibles errores previos, adoptando actitudes defensivas. Todo ello va a generar sentimientos de tensión por la desconfianza, en ocasiones pena, a veces desmotivación, etc., que van a influir negativamente en el trabajo con los chicos/as.

Las cualidades personales necesarias para lograr un buen trabajo en equipo: la flexibilidad, la tolerancia, la capacidad de comunicación y transparencia, la capacidad de recibir y hacer críticas constructivas, la capacidad de confiar y generar confianza, las ganas de seguir aprendiendo, la humildad, el poder reconocer que no se sabe todo asumiendo

las limitaciones, el poder trabajar sobre el cuestionamiento de la valía profesional, etc. Por el contrario, serían incompatibles para el trabajo en equipo cualidades como: excesiva ansiedad paranoide, un funcionamiento muy narcisista, una comunicación confusa, etc.

El equipo y el hacer un buen trabajo en equipo no sólo es importante para lograr una mayor eficacia en el trabajo con los niños y adolescentes. También va a tener un efecto positivo tanto en la prevención del burnout o desgaste profesional, que con frecuencia se puede dar en un trabajo de estas características, como en la calidad de la intervención terapéutica.

El trabajo con los niños y adolescentes

Los dos temas que más ocupan y preocupan a los ET son: por un lado, la necesidad de trabajar a través de la generación de un vínculo afectivo reparador con el chico, y por otro lado el manejo de la agresividad con la que llegan muchos de los menores y la necesidad de tener que utilizar diversas estrategias de contención, en muchas ocasiones, la contención física y emocional como herramienta terapéutica.

Contención emocional

La contención emocional es sostener las emociones de los niños a través del acompañamiento y ofreciendo vías adecuadas para la expresión de los sentimientos. El Hogar/CT es entendido como un lugar de expresión, de explosión de conflicto emocional, donde se dan desencadenantes “espoletas” de hechos y también entendido como un lugar que genera seguridad; entendiendo la contención como un proceso inhibitorio, sano y normal. Contención = Ego sano = visión objetiva de la realidad, importante tanto para el sujeto contenido como para el posible contenedor, ya que permite no pasar a la subjetividad y descontrol emocional.

La contención emocional es necesaria porque mejora el autoconocimiento: me contengo, poseo y conozco el sentimiento, tengo control sobre él, soy responsable (locus de atribución interna). Cuando no hay inhibición, aparece el miedo, la sensación de descontrol, la angustia, no soy responsable (locus de atribución externa).

Contención física.

Cuando es necesario el uso de la contención física, se debe establecer entre el educador que realiza la contención y el chico un diálogo tónico que aporte al educador la información corporal y tensional del chico para una intervención adecuada a la situación.

Tipos de contención física.

- Inmovilización: medida de sujeción física contingente a una situación de grave descontrol que implica riesgo para el chico, sus compañeros, educadores o medio físico. Supone un límite físico externo de seguridad.
- Uso siempre bajo protocolo, y tras constatar la imposibilidad de cambio de la situación de riesgo con medidas alternativas.
- Sujeción: medida de sujeción física contingente a una situación de leve descontrol que pueda implicar riesgo para el chico, sus compañeros, educadores o medio físico. Supone un límite físico externo de seguridad.
- Abrazo Terapéutico: medida de sujeción física destinada a prevenir una inminente y posible situación de descontrol que pueda implicar riesgo para el chico, sus compañeros, educadores o medio físico. Supone un límite físico externo de seguridad.

Es necesario dar siempre una justificación terapéutica al uso de las medidas de contención física y de la sala de reflexión. Para ello, hay que tomarse el tiempo que sea necesario, una vez que ha cedido la agitación o el comportamiento que llevó a tener que realizar cualquiera de estas medidas, para poder trabajar con el chico y

ofrecer un sentido a lo que ha sucedido, ya que es el momento en el que el chico puede estar más receptivo para interiorizarlo. Los menores, ante estas medidas, suelen tener un sentimiento de injusticia y de abuso de poder, especialmente cuando tienen antecedentes de maltrato o de abuso sexual. El niño transporta en su vínculo los traumas vividos dentro de su entorno familiar y los despliega en el vínculo con el ET, muchas veces en forma de descontroles que no pudieron ser tramitados en su momento y que pueden ahora ser una nueva oportunidad de recibir la contención que no tuvieron.

Hay que tener en cuenta toda una serie de aspectos que conlleva esta medida: el componente agresivo; la vivencia de abuso de poder; la función terapéutica (sentirse contenido ante el angustiante sentimiento de descontrol interno, sentirse protegido y contenido frente al deseo de hacer o hacerse daño, sentirse acompañado en una situación tan angustiante como es una agitación psicomotriz en la que se siente sólo frente a sus impulsos agresivos, recibir una envoltura protectora frente a su descarga etc.). El ET puede sentir preocupación por el posible efecto iatrogénico de estas medidas, por las posibles lesiones físicas o por el deterioro en el vínculo afectivo, sobre todo cuando éste es aún un poco confuso-ambivalente-incipiente.

El tema de las agresiones físicas del niño al ET, como era de esperar, ha sido objeto de trabajo en el Balint. Es importante identificar sus causas y sus significados en la relación. Pueden ser por un descontrol impulsivo, por una disociación, por una interpretación paranoide (defensa frente a sentirse atacado), por una actuación sádica (perfil psicopático), etc. Se analiza lo que esta agresión puede generar en el ET (la contratransferencia): miedo, inseguridad, rabia, rechazo, pena, etc., y cómo estos sentimientos pueden influir en el trabajo con este chico. En el niño que ha agredido también se generan sentimientos que van a influir en el vínculo, como son la culpa, el haber defraudado la confianza y las expectativas del ET, miedo a ser rechazado/abandonado, lo que a su vez le puede llevar a mantener más tiempo esa actitud agresiva, miedo a la capacidad destructiva de sus impulsos agresivos, devaluación de su autoimagen, etc. Es importante saber que el chico podrá trabajar su agresividad en la medida en la que pueda encauzar e integrar esos impulsos/pulsiones agresivas a partir de una interacción/relación que favorezca sus pulsiones afectivas/amorosas y potencie sus capacidades creativas a través de actividades deportivas, la pintura, la música, etc.

Para los ET es más difícil actuar cuando el chico tiende a autolesionarse que cuando saca la rabia con conductas dirigidas a los demás. Les resulta más fácil proteger al grupo de la agresividad de un chico, conteniéndola y parándole, que a él mismo cuando dirige esa agresividad hacia sí mismo. Se reflexiona sobre los recursos que debe tener un ET para ayudar a un chico con riesgo/amenaza de autolesionarse: estar ahí, sentir y transmitirle tú tranquilidad/seguridad, negociar con él, aportarle contención emocional y física, no juzgar ni culpar, no sobreproteger, validar emocionalmente; en cada niño va a ser diferente, dependiendo también del vínculo que tenga ese ET con ese niño en ese momento determinado. Frente a la ideación-deseos de muerte que tienen a veces muchos de estos chicos/as, el ET tiene que creer en el chico, debe poner su pulsión de vida y hasta su aparato psíquico, a modo de Yo auxiliar, al servicio del menor para que éste pueda interiorizarla y hacerla suya.

La agresividad verbal hacia el ET, aunque no es tan visual al no poner en juego el cuerpo físico, también implica agresión y va a tener un efecto en el ET y en el vínculo.

Las salidas sin permiso (SSP) y cómo son vividas por los ET también ha sido un tema frecuentemente trabajado en el Grupo Balint. Se viven siempre con un sentimiento de responsabilidad. A veces con culpabilidad por no haber hecho todo lo posible, debido a una contratransferencia negativa que se puede dar sobre todo en el caso de chicos con perfil psicopático, para trabajar en lograr una suficiente vinculación del chico al Hogar que evitase esa SSP. Sentimiento de impotencia por no poder darle la seguridad que aporta el recurso frente a las inseguridades o riesgos de fuera. Hay que asumir las limitaciones y los riesgos que conlleva el que seamos un recurso abierto, que trabaja y que está en la comunidad (con chicos escolarizados, que van a actividades extraescolares, hay que ir trabajando la confianza para que vayan ganando autonomía, etc.). Por ello es importante poder seleccionar el perfil de niños y adolescentes que se van a beneficiar más de este modelo de tratamiento.

La dificultad para trabajar en la creación del vínculo, que se debe basar en el establecimiento de una confianza y la creación de lo que no estuvo apuntalado en sus vínculos primarios, con niños y adolescentes en los que son tan frecuentes las mentiras y las actitudes manipuladoras. Para trabajar el vínculo es necesario conocer el funcionamiento relacional del paciente, que estará en relación con su psicopatología de base, con su personalidad (estilo de apego), y con la patología familiar y el lugar que ocupó el niño.

Es necesario lograr un equilibrio entre la necesidad de conseguir un vínculo afectivo genuino (cuanto más genuino sea mayor potencialidad de generar un cambio va a tener), que requiere de un acercamiento sincero, no basado ni en la pena ni en la omnipotencia altruista, manteniendo la suficiente distancia profesional como para poder ser objetivo y para evitar llevarte los problemas a casa.

El vínculo que se crea entre el ET y el chico debe orientarse siempre hacia la autonomía (favorecida a partir de una relación en la que debe primar la confianza en sus capacidades para tomar decisiones responsables de acuerdo con su edad y momento evolutivo), evitando vínculos que generen dependencia, una autonomía que acompañe y contenga las vivencias de abandono que se pueden reactivar. Para poder trabajar desde esta confianza hacia el chico, el ET debe luchar muchas veces contra actitudes derrotistas-pesimistas respecto a la capacidad de generar cambios, curación, reparaciones en chicos tan dañados.

En el Grupo Balint se han analizado los aspectos de los chicos que van a dificultar la creación de un vínculo sincero: la frialdad afectiva, el funcionamiento en pseudoself, la actitud negadora defensiva (no asumen nada, no necesita a nadie), la relación de objeto parcial, la actitud manipuladora buscando siempre el beneficio secundario, los aspectos narcisistas, la ansiedad paranoide que vive al otro de manera persecutoria, etc. Para poder trabajar todos estos aspectos con motivación y con expectativas de éxito, es necesario que se entiendan como síntomas de su psicopatología de base, a partir de considerar al niño o adolescente como un paciente y no como alguien con rasgos caracterológicos imposibles de modificar y con una intencionalidad-voluntariedad en sus disconductas.

Hay que ayudarles a que asuman su realidad familiar, evitando las idealizaciones o las demonizaciones-desvalorizaciones que tanto daño les pueden hacer. El rechazo absoluto de los progenitores conlleva implícitamente un rechazo de sus orígenes y por tanto de sí mismos, lo cual hace imposible la construcción de una identidad coherente y consistente, que debe estar conectada con su historia transgeneracional.

Uno de los objetivos principales que se trabaja con los niños y adolescentes es lograr que cada vez se sientan más libres, más responsables, y con menos miedos. Cuando en el grupo hay un chico especialmente agresivo o sádico, hay que ayudar (hablando de ello, transmitiéndoles seguridad y sentimiento de protección) al resto para que no se sometan por miedo a él. El conocimiento que el ET tiene del niño le va a permitir valorar el margen de riesgo que se debe correr a la hora de darle autonomía y confianza, anticipando en lo posible las reacciones de riesgo que este puede tener (SSP, auto-heteroagresividad, consumo de tóxicos, etc.).

Otro de los objetivos es que vayan consiguiendo mayor tolerancia a la frustración y mayor aceptación de los límites. Por ello, una de las funciones del ET es la puesta de límites, que deben ser claros, firmes y coherentes. En ocasiones, la actitud retadora del chico puede tener que ver con una puesta de límites poco clara y poco firme. Los límites dan al chico una contención y seguridad que va a posibilitar la creación de un vínculo más seguro y sano. La ausencia de límites claros, firmes y coherentes da lugar a vínculos confusos, invasivos, desorganizados, ambivalentes. En el trabajo del ET, se necesita compatibilizar la función materna con la función paterna, la necesidad de poner límites firmes y claros con la necesidad de establecer un vínculo afectivo-cálido. Los límites contenedores (firmes y claros, no autoritarios) van a darle la seguridad/confianza necesaria para poder establecer un vínculo sano (no un vínculo dependiente o agresivo o sadomasoquista, o desorganizado, etc.). Esta nueva forma de vivir en una relación segura y distinta, constituye para el chico una experiencia emocional correctiva, quien puede reexponerse, en circunstancias más favorables y contenedoras, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado con sus primeras figuras de cuidado. Para reparar estas influencias traumáticas de experiencias anteriores, el ET adopta una actitud diferente de la asumida por los cuidadores hacia el niño en la situación conflictiva original, dando al

chico una nueva oportunidad vivencial reparadora (de sus reacciones emocionales, cogniciones, percepciones e interpretaciones sobre los demás, sí mismos, de la realidad, etc).

Una herramienta de trabajo que tienen los ET, además de los límites, la contención, la escucha, el acompañamiento, etc., es la de poner consecuencias ante las disconductas. Éstas le van a permitir asumir la responsabilidad de sus actos (favoreciendo una actitud proactiva en su cambio) y la de reparación-reflexión (que va a mejorar su autoimagen, reparando al otro y reparándose a sí mismo).

Es necesario abordar con los chicos/as constantemente el tema de la sexualidad y estar muy atentos ante la posibilidad de que tengan contactos sexuales entre ellos. La mayoría de los chicos son adolescentes que tienen un mal manejo de sus pulsiones e impulsos. En ocasiones, la hipersexualidad puede ser una olla a presión en el Hogar. En muchos de ellos hay antecedentes de abusos sexuales. Tienen una construcción de la identidad en general y de la sexualidad en particular muy deficiente, por lo que este es un tema que debe ser abordado de manera transversal.

Cuando se plantea dar el alta a un chico hay que tener en cuenta que va a necesitar un tiempo en el Hogar suficiente pero no excesivo, para poder elaborar el duelo. Este proceso en muchas ocasiones lleva al menor, en un intento de negar los sentimientos depresivos-dolorosos por la marcha, a desvalorizar todo lo que se le ha dado desde el Hogar. A veces solo después de un tiempo fuera del Hogar va a poder reconocer todo lo bueno que se llevó de su paso por el mismo. Es muy importante que la salida/despida del Hogar sea lo suficientemente buena como para poder mantener un positivo contacto/seguimiento postalta, que le ayude a afrontar posibles recaídas sin caer en el sentimiento de haber fracasado por carecer de recursos propios para funcionar sin estar en el Hogar.

Este proceso de alta lo viven los E.T. desde su mundo personal y desde el grupo Balint hay que favorecer la gestión sana del mismo. Antes mencionaba los sentimientos depresivos - dolorosos del niño, pero ¿qué hay de la capacidad del E.T. de acceder a “la posición depresiva”, es decir, tiene que tener la capacidad de acceder a esa posición depresiva y gestionar la relación con el niño que se va sin que aparezca el temor en el niño de destruirle con su abandono. Dejando al niño que sea esta vez él quien juega el papel del que se va. Se abre una nueva etapa en el vínculo, la elaboración de la despedida. En este periodo surgirán “fantasmas y dolores antiguos” que sólo podrá aportar al niño si el E.T. tiene la calma suficiente en un proceso de duelo. Socialmente se evita este proceso, pero en un recurso como el nuestro no podemos dejar de atenderlo como una fase más. Siempre será más fáciles las despedidas programadas, si contamos con un tiempo determinado. Siempre es menos el desgaste si se acerca a la despedida ideal incluso puede ser un aporte de libido para el E.T. si la vive como un éxito. Otra modalidad de despedida que ocurren en los Hogares son las de los E.T. que por numerosos motivos pueden decidir ser ellos los que salen del Hogar y es necesario darles un espacio - tiempo para minimizar el impacto y favoreciendo desde la institución condiciones favorables.

Los fracasos terapéuticos son una posibilidad que se hace realidad en más ocasiones de las deseadas por todos. Es un tema sobre el que hemos reflexionado en el Balint, analizando las posibles causas, haciendo una autocrítica constructiva, asumiendo nuestra parte de responsabilidad en esa evolución negativa, pero también sin olvidar nuestras propias limitaciones, sin caer en la idealización ni la omnipotencia, reconociendo los sentimientos que estos fracasos generan en el ET, etc.

Hay muchas variables que influyen en la evolución final del niño y adolescente. El trabajo realizado con él durante el periodo que está en el Hogar, con ser muy importante, no siempre va a ser definitivo/decisivo. La influencia familiar, tanto por la genética como por la impronta de las primeras relaciones de objeto, siempre va a estar ahí con mucho peso. Al chico se le dan una serie de oportunidades (experiencia emocional correctora, vivencias de re-vinculación y de reinserción social, trabajo familiar, etc.), se le refuerza en sus recursos propios (autoestima, mecanismos de defensa más maduros, construcción de una identidad más sana, mayores recursos yoicos, etc.), pero al final es solamente él quien puede vivir su vida y por tanto tomar sus propias decisiones de cómo quiere vivirla. Atendiendo a todas estas variables, los objetivos terapéuticos que se marquen con cada caso deben ser lo más ambiciosos posibles, pero también lo suficientemente realistas y sin caer en la omnipotencia a la que nos puede

llevar a veces el furor curandis. Sin dejarse llevar por una actitud derrotista, que llevaría a tirar la toalla demasiado pronto, llegado el momento es necesario asumir la frustración del fracaso. Negar un fracaso o sobrevalorar las posibilidades terapéuticas del Hogar va a impedir hacer autocrítica y valorar otras alternativas (cambio a otro centro con modelo de trabajo diferente, etc.).

El fracaso terapéutico mayor y que más tememos todos los que trabajamos en estos ámbitos, es el posible suicidio de un paciente. Este suceso va a generar, además de la lógica pena y tristeza, también unos sentimientos de fracaso, de un trabajo inacabado, de una responsabilidad institucional, etc. Es necesario hacer un trabajo de elaboración para poder integrar un hecho tan trágico como este dentro de la biografía profesional. A día de hoy no se han producido ningún suicidio durante la estancia de los chicos en el Hogar/CT, pero sí se ha dado el suicidio de dos de nuestros chicos cuando ya no vivían en nuestros Hogares; echo que afectó y tuvo un gran impacto en nuestro equipo.

Para poder cambiar el rol con el que viene el chico/a (agresivo, loco, dependiente, suicida, etc.), es necesario asumir unos riesgos que hay que correr, para devolverle una imagen diferente, a partir de tener unas expectativas distintas. Para ello es necesario apoyarse en decisiones basadas en deliberaciones del equipo y apoyadas por la dirección.

El trabajo con las familias

La familia es imprescindible, por un lado, para lograr que el niño o adolescente acepte nuestra ayuda y se movilice hacia un cambio y por otro lado para lograr que el cambio que ha hecho el chico en el Hogar se pueda generalizar y mantener tras su vuelta a casa.

Es frecuente el sentimiento de impotencia que tienen los ET cuando las familias boicotean el trabajo del Hogar, a veces apoyando las SSP, no poniendo límites en las salidas familiares, en algunas ocasiones consumiendo drogas con el chico delante, etc. Esta interferencia de los padres con el trabajo del Hogar a veces es, paradójicamente, mayor en los casos de Guarda, a pesar de que se trata de una medida voluntaria solicitada por ellos. Esto puede tener que ver con diversas variables: unas expectativas desajustadas, la dificultad para hacer cambios ellos, la herida narcisista en su función paterna que supone el tener que ceder la guarda del hijo para pedir ayuda por no ser capaces por sí solos de resolver los conflictos familiares, etc.

Los objetivos de este trabajo familiar serán: lograr una alianza con los padres para que las intervenciones con el niño o adolescente sean complementarias y coherentes entre ambos; que los padres ayuden, dándole una imagen positiva del centro, a que el hijo se vincule y acepte la ayuda ofrecida desde el mismo; evitar situaciones en las que el niño pueda sentirse en conflicto de lealtades por tener que hacerse cargo de secretos familiares que impiden lograr una confianza suficiente hacia el Hogar; ayudar a que se produzcan cambios en las dinámicas familiares patológicas previas, rescatar recursos positivos y potencialidades paternas y maternas, etc.

Es fundamental que se evite, en lo posible, que los padres se sientan desplazados, sustituidos, ninguneados, ya que ello agravaría la herida narcisista que supone tener a un hijo en un medio residencial de protección. Negar o rechazar completamente a los padres implicaría negar o rechazar una parte sustancial de sí mismos (toda la herencia genética y la transmisión transgeneracional) con el consiguiente efecto negativo en la construcción de la identidad. Es frecuente que los padres sientan celos del vínculo que el hijo empieza a construir con el ET. Para minimizarlo, el ET debe intentar rescatar siempre la autoridad que les otorga a los padres el vínculo biológico con el hijo.

El ET tiene un papel importante en la ayuda y el apoyo a los padres que necesitan cambiar cosas en las dinámicas familiares patológicas. Un papel de observación de estas dinámicas durante las visitas; de escucha, presencialmente o por teléfono, de las quejas de los padres cuando traen al hijo al Hogar después de una salida de FS; incluso un papel de modelaje y acompañante terapéutico cuando acompaña al chico hasta su domicilio familiar, especialmente importante en el momento de la reincorporación al medio familiar.

VIVENCIAS DE LOS PARTICIPANTES

“Soy profesional (educador terapéutico) con los chicos/as en la medida que conozco y trabajo aquello que pienso y siento en mi intervención diaria”.

“En el Balint, mis compañeros y psiquiatra son un espejo regenerador, son el relleno del hueco que a veces nos hace sufrir, son la luz de los pliegues que producen mis miedos, son los pilares que apuntalan mi personalidad, reconstruyéndola más uniforme y moldeable”.

“Me ha ayudado a ser más comunicativa, transparente, poder recibir críticas e incluso reconocer que una situación te supera para poder pedir o recibir ayuda de los compañeros, hacerme sentir valorada, cuidada y apoyada con un recurso como es el Grupo Balint”.

“El grupo Balint, ofrecido desde la institución como forma de cuidar al cuidador, ayuda a que podamos realizar nuestra labor de forma más profesional y humana, ya que es continente de los que trabajamos como continentes con los chicos. Disponer del grupo de manera constante lo hace valioso. Ayuda a hacer equipo.”

REFERENCIAS

- Acosta Lorenzo, E. (1993). Hospital de día en Psiquiatría. Ponencia en el Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao.
- Acosta Lorenzo, E. (1997). Hospital de Día Psiquiátrico para adolescentes. Ponencia en el VII Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Puerto de la Cruz, Tenerife.
- Alexander, F. y French, T. (1965). El principio de la experiencia emocional correctiva. *Terapéutica psicoanalítica* (Capítulo IV). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Barudy J. y Dantagnan M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa, S.A.
- Benedetti C., Beker E., Andrés H. (1999). El grupo Balint en la formación de formadores. *Claves en psicoanálisis y medicina. Hacia la interdisciplina* (15-16).
- Buiza C., Uría T., et al. (2014). El Hospital de Día-Centro Educativo terapéutico Pradera de San Isidro. Un dispositivo para el tratamiento intensivo de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 16 (61).
- Bion, W. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Casado Frankel T. y Herrero Sotillo ME. (2013). *Las lágrimas del cambio. Trastorno del vínculo: acompañamiento terapéutico y revinculación*. Editorial Triacastela.
- Defensor del Pueblo (2009). Informes, Estudios y Documentos: *Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*.
- Dozza, L. (12 de noviembre de 2011). Trabajo leído en Buenos Aires en el VI Congreso Internacional, VII Congreso Iberoamericano, VIII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. “*Clínica de lo cotidiano en acompañamiento terapéutico. Integraciones conceptuales, hacia una profesionalización de nuestra práctica*”.

-
- García Badaracco, JE. (1992). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Editorial Tecnipublicaciones.
- Herrero Sotillo, ME. (2009). El trastorno de la vinculación en niños y adolescentes y los estados predelirantes. Congreso Interpsiquis. Disponible en www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4962
- Laplanche J. y Pontalis JB. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Melillo A. (2005, marzo-abril). El pensamiento de Boris Cyrulnik. *Perspectivas sistémicas* (85).
- Moreau-Ricaud, M. (2000). Historia razonada de los grupos Balint. En Síntesis (Ed.), *Michael Balint: El nuevo comienzo de la Escuela de Budapest* (Cap 8).
- Niño Laina, M. (2013). *Acompañamiento terapéutico en el Hospital Rodríguez Lafora*. Sesión clínica presentada en Hospital de Día Pradera de San Isidro.
- Proyecto Sirio (Revisado marzo 2021). Proyecto Terapéutico-Educativo. *Filosofía, método y directrices generales*. <https://proyectosirio.es/filosofia-valores-proyecto-sirio.html>
- Real Academia Española. (2005). *Diccionario de la lengua española*. (23ª ed.).
- Rossi, G. (2005). El Acompañamiento Terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental. *Revista Urarica de la Escuela de Psicología de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo*, 2 (6).
- Rossi, G. (2004). Bases de Acompañamiento Terapéutico: la locura es soledad. Sección Psicología del *Diario*, Página 12.
- Rossi G. (2007). *Acompañamiento Terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Saiz J. y Chévez A. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. *Intervención Psicosocial* (18), 75-88.
- Vaillant, M. (2004). Reciclaje de la violencia y capacidad de resiliencia: la hipótesis transicional en la reparación, en Cyrulnik B., Tomkiewicz S. y Guénard T. (2004). *El realismo de la esperanza. Testimonios de experiencias profesionales en torno a la resiliencia*. Editorial Gedisa.